

WHCR-2021-0010002

威海市人民政府 关于印发威海市职工基本医疗保险规定的通知

各区市人民政府，国家级开发区管委，综保区管委，南海新区管委，市政府各部门、单位：

现将《威海市职工基本医疗保险规定》印发给你们，请认真贯彻执行。

威海市人民政府
2021 年 12 月 20 日

（此件公开发布）

威海市职工基本医疗保险规定

第一章 总 则

第一条 为完善职工基本医疗保险制度，更好保障参保职工基本医疗需求，根据国家和省有关规定，结合我市实际，制定本规定。

第二条 本市行政区域内职工基本医疗保险（以下简称“职工基本医保”）的参保缴费、待遇保障、经办服务及管理运行，适用本规定。

第三条 职工基本医保制度遵循以收定支、权责清晰、保障适度、可持续的原则。

第四条 医疗保障部门是职工基本医保工作的主管部门，负责政策制定、指导协调和监督管理工作，其所属的医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）具体负责经办工作。

纪委监委机关、发展改革、教育、公安、民政、财政、人力资源社会保障、卫生健康、退役军人、审计、行政审批服务、市场监管、税务、大数据等部门、单位按照各自职责协同做好职工基本医保相关工作。

第五条 职工基本医保的筹资标准、保障水平与经济社会发展水平以及各方承受能力相适应，根据上级规定和我市实际适时调整。

第二章 参保缴费

第六条 本市行政区域内的机关、事业单位、社会团体、各类所有制企业、民办非企业单位、有雇工的个体经济组织（以下统称“用人单位”）及其在职职工和退休（职）人员，应当依法参加职工基本医保。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加医疗保险的非全日制从业人员及其他灵活就业人员（以下统称“灵活就业人员”），可按本规定参加职工基本医保。

第七条 用人单位应当按规定为职工办理职工基本医保登记，并按时足额缴费。灵活就业人员可按月或按年缴费。

第八条 在职职工的职工基本医保费由用人单位和职工个人共同缴纳。用人单位以本单位在职职工上年度工资总额为基数，按 8.5% 的比例（职工基本医保费 7.5%、生育保险费 1%）缴纳，其中机关事业单位按 8.2% 的比例（职工基本医保费 7.5%、生育保险费 0.7%）缴纳。职工个人以本人上年度工资收入为基数，按 2% 的比例缴纳，由用人单位代扣代缴。

灵活就业人员的职工基本医保费由个人缴纳，以个人按规定申报的缴费基数，不足 46 周岁的，按 7% 的比例（职工基本医保费 6%、生育保险费 1%）缴纳，46 周岁及以上的，按 6.5% 的比例（职工基本医保费 5.5%、生育保险费 1%）缴纳。

失业人员领取失业金期间应缴纳的职工基本医保费由失业保险基金以全省上年度全口径城镇单位就业人员年平均工资（以下简称“全省职工年平均工资”）的 60%为基数，按照用人单位和个人缴费比例之和缴纳，个人不缴费。

延长缴纳职工基本养老保险费的职工，可按本人职工基本养老保险费缴费基数及参保身份对应的缴费比例，同步延长缴纳职工基本医保费，享受相应的医保待遇。

享受职工基本医保退休待遇的职工不缴纳职工基本医保费。

第九条 职工基本医保缴费基数应当不低于全省职工年平均工资的 60%、不高于 300%，低于 60%的按 60%缴纳，超过 300%的按 300%缴纳。

第十条 用人单位未按规定及时足额缴纳和代扣代缴职工基本医保费的，由职工基本医保费征缴机构限期缴纳，逾期仍未缴纳的，按规定加收滞纳金，滞纳金并入统筹基金。

第十一条 用人单位申请缓缴和延缴职工基本医保费的，按国家和省规定执行；因法定事由解散或者其他原因终止的，欠缴的职工基本医保费应当按规定清偿。

第十二条 参保职工不得重复参保，重复参保的按有关规定进行处理。

第三章 待遇内容及享受时间

第十三条 在职职工和退休（职）人员的医保待遇包括个人账户待遇和统筹待遇，灵活就业人员缴费期间只享受统筹待遇。

统筹待遇包括住院待遇和门诊共济保障待遇。其中，门诊共济保障待遇包括普通门诊待遇和门诊慢特病待遇，具体办法由医疗保障等部门另行制定。

第十四条 首次参加职工基本医保的人员，自实际缴费次月起享受医保待遇。

第十五条 用人单位中断缴纳职工基本医保费的，其职工自中断缴费的次月起暂停享受医保待遇。用人单位按规定补齐欠费的，自补齐的次月起恢复其职工的医保待遇。

灵活就业人员中断缴费的，自中断缴费的次月起暂停享受医保待遇。在中断缴费 3 个月（从中断缴费首月起算，下同）内补缴的，自补齐的次月起恢复享受医保待遇，超过 3 个月补缴以及未补缴中断缴费部分的，自再次缴费满 3 个月（含缴费当月，下同）后恢复享受医保待遇。

上年度 12 月份享受职工医保待遇的灵活就业人员于当年 1 月 1 日至 4 月 30 日缴纳全年度职工医保费的，自缴费之日起享受医保待遇，逾期缴纳的，按中断缴费的规定享受医保待遇。

第十六条 参保人员转移职工基本医保关系时，在 3 个月内接续并补齐中断缴费的，中断缴费期间享受医保待遇，超过 3 个月的，自再次缴费的次月起享受医保待遇。

第十七条 居民基本医保参保人员改参职工基本医保时，居

民基本医保待遇享受至其参加职工基本医保当月，自改参的次月起享受职工基本医保待遇。

参保职工停止缴费 3 个月内改参居民基本医保的，自居民基本医保参保缴费之日起按规定享受居民基本医保待遇；超过 3 个月改参的，改参满 3 个月后享受待遇。

第十八条 参保职工补缴的中断缴费部分，计算为其职工基本医保缴费年限，中断缴费期间已发生的医疗费用，基本医保基金不予支付。

第十九条 参保职工享受职工基本医保退休待遇时，其职工基本医保需达到规定的最低缴费年限。缴费年限由实际缴费年限（含补缴年限和居民基本医保折算年限，下同）和视同缴费年限合并计算。

参保职工办理职工基本养老保险退休手续时，职工基本医保累计缴费年限男满 30 年、女满 25 年，且在我省缴费年限满 10 年的（不足的需一次性补齐，其中经组织、人力资源社会保障部门批准跨统筹地区调动或者其所在单位跨统筹地区整建制转移的除外，下同），自办理职工基本医保退休待遇确认手续的次月起享受职工基本医保退休待遇。

2025 年底前，参保职工至退休时需连续足额缴纳职工基本医保费男满 25 年、女满 20 年的政策同时施行，由参保职工自愿选择。

第二十条 职工基本医保的视同缴费年限包括：我市参保职

工 1999 年 5 月以前和外市医保关系转入我市职工在转出地职工基本医保制度实施前的养老保险缴费年限，以及符合国家和省规定的养老保险制度实施前的连续工龄或工作年限；军人服现役年限；随军未就业的军人配偶医疗保险缴费年限；其他符合国家和省规定的年限。

第二十一条 参保职工办理职工基本养老保险退休手续时，职工基本医保缴费达不到规定年限的，可在享受待遇前任一年度一次性补齐差额年限的职工基本医保费，其中在我省缴费已满 10 年的，也可在办理职工基本养老保险退休手续后继续缴费至最低缴费年限，或者在继续缴费期间随时一次性补齐剩余年限的职工基本医保费。职工继续缴费期间，享受在职职工基本医保待遇。

已享受我市职工基本养老保险待遇且在我省缴费满 10 年的职工，可按上述规定缴费后享受相应的医保待遇。

第二十二条 参保职工办理职工基本养老保险退休手续时，职工基本医保未达到最低缴费年限又未按规定补足和继续缴费的，不再享受职工基本医保待遇，符合条件的可以参加居民基本医保。

第二十三条 参保职工补缴中断缴费和差额缴费年限以及继续缴费的，职工基本医保费的缴费基数，先统一固定以 2020 年度全省职工年平均工资为基数，待其低于今后年度公布的最低缴费基数时，调整为按当年度最低缴费基数执行。职工补缴 2017

年7月1日之前中断缴费的，缴费比例为10%；补缴2017年7月1日之后中断缴费、差额缴费年限及继续缴费期间的缴费比例，按补缴时用人单位与个人缴费比例之和执行。

第二十四条 参保职工补缴中断缴费的，按规定享受个人账户待遇，补缴差额缴费年限的不计入个人账户，视同缴费年限不计发个人账户。

第四章 待遇标准

第二十五条 参保职工的医保个人账户按月计入。用人单位在职职工个人缴纳的职工基本医保费，全额计入个人账户；用人单位为职工缴纳的职工基本医保费，以职工本人缴费基数为计算基数，按不同比例计入个人账户：不满46周岁的，按1.5%计入；46周岁以上的，按2%计入。

享受职工基本医保退休待遇职工的个人账户，在待遇享受首年按当年退休费总额为计入基数，以后年度按本人上年度退休费总额为计入基数，统一按7%的比例计入，其中企业退职人员和一次性领取养老金的人员，本人退休费总额高于上年度全市企业退休人员平均养老金的，以本人上年度退休费总额为基数计入，低于的，以上年度全市企业退休人员平均养老金为基数计入。

职工基本医保个人账户计入办法根据有关规定适时调整。

第二十六条 参保职工住院待遇设置起付标准。一级医院

400 元、二级医院 700 元、三级医院 900 元。在一个自然年度内，参保职工第一、第二次住院设起付标准，从第三次住院起不设起付标准。

对按规定办理转诊手续的连续住院参保职工，在威海市医疗保健集团内向上转诊的，只计算首次起付标准；下转的及在威海市医疗保健集团外向上转诊的，连续计算起付标准。

参保职工在各级中医院住院（含门诊慢特病，下同）治疗的，起付标准按低一个级别医院的标准执行。

第二十七条 参保职工一个自然年度内发生的政策范围内的住院医疗费用，根据医院级别实行分段累进制支付。

1. 超过起付标准至 1 万元部分，在职职工待遇为：一级医院支付 90%、二级医院支付 85%、三级医院支付 80%；退休待遇为：一级医院支付 95%、二级医院支付 92.5%、三级医院支付 90%。

2. 超过 1 万元至 4 万元部分，在职职工待遇为：一级医院支付 92%、二级医院支付 90%、三级医院支付 88%；退休待遇为：一级医院支付 96%、二级医院支付 95%、三级医院支付 94%。

3. 超过 4 万元部分的大额医疗费用，各级医疗机构支付标准一致，在职职工与退休职工待遇一致。超过 4 万元至 24 万元部分支付 90%；超过 24 万元至 50 万元部分支付 80%。

参保职工在各级中医院住院治疗发生的医疗费用，个人负担比例按低一个级别医院的标准执行。

第二十八条 参保职工异地就医待遇按照有关规定执行。

第二十九条 下列医疗费用不纳入职工基本医保基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的；
- （五）体育健身、养生保健消费、健康体检；
- （六）国家规定的职工基本医保基金不予支付的其他费用。

遇对经济社会发展有重大影响的，按上级有关规定执行。

第三十条 应当由第三人支付的医疗费用，第三人不支付或者无法确定第三人的，参保职工可以按规定向经办机构申请职工基本医保基金先行支付。职工基本医保基金先行支付后，经办机构有权按规定向第三人进行追偿。

第五章 基金管理

第三十一条 职工基本医保基金由统筹基金和个人账户基金构成。统筹基金用于支付参保职工的住院待遇和门诊共济保障待遇；个人账户基金用于参保职工按规定支付统筹基金以外的其他医疗费用。

职工基本医保基金的使用应当符合国家、省、市关于职工基

本医保药品、诊疗服务项目、医疗服务设施目录范围和支付标准等有关规定。

第三十二条 职工基本医保基金实行市级统筹、统收统支，按照“统一管理、分级征缴，统一使用、分级核算，统一监管、分级负责”的机制运行。全市统一参保范围和项目、统一缴费标准、统一待遇水平、统一基金管理、统一经办服务、统一信息管理。

第三十三条 职工基本医保基金纳入职工基本医保基金财政专户，实行“收支两条线”管理。职工基本医保基金专款专用、专户管理，任何单位和个人都不得挤占挪用，也不得用于平衡财政预算。

第三十四条 各区市（含国家级开发区，下同）的各项职工基本医保基金收入全额上解市级财政专户，所需的支出基金由市级经办机构统一申请、拨付。

第三十五条 医疗保障部门应当加强预算管理，科学编制职工基本医保基金收支预算，全面实施预算绩效管理。

第三十六条 医疗保障部门应当加强对纳入职工基本医保基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督，规范职工基本医保经办服务，依法查处违法违规使用职工基本医保基金的行为。

第三十七条 医疗保障部门应当建立完善综合监管制度。建立健全执法案件线索纪检监察和司法机关移送机制，强化基金使

用监督考核与执纪问责。实施跨部门协同监管，依法依规追究违法违规行为责任。健全打击欺诈骗保行刑衔接机制，构成犯罪的，由有关部门依法追究刑事责任。

第三十八条 医疗保障部门、经办机构、定点医药机构及其工作人员和参保职工发生与职工基本医保基金有关的违法违规行为，按有关规定处理。

第六章 服务管理

第三十九条 职工基本医保服务机构实行定点管理。医疗保障部门应当制定定点医药机构服务协议管理政策，对经办机构、定点医药机构进行监督。经办机构应与定点医药机构签订服务协议，明确双方权利义务，并实施日常管理与考核。定点医药机构应当严格执行协议，按规定向参保职工提供医药服务。

第四十条 定点医药机构应当由专门机构或者人员负责职工基本医保基金使用管理工作，建立健全内部管理制度，组织开展相关政策培训，检查本单位基金使用情况，及时纠正使用不规范的行为，主动控制成本和费用，提高基金使用效率。

第四十一条 定点医药机构应当严格执行医保政策，提高服务质量，有效规范使用职工基本医保基金，在满足临床需求的前提下，应当优先使用可由职工基本医保基金支付的医药服务项目，除急诊、抢救等特殊情形外，提供职工基本医保基金支付范

围以外的医药服务的，应当经参保职工或者其近亲属、监护人同意，切实维护职工合法权益。

第四十二条 定点医药机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验职工参保信息，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保职工如实出具费用单据和相关材料等。

第四十三条 定点医药机构应当按规定执行集中采购政策，优先使用集中带量采购中选的药品和耗材，按照购销协议约定及时支付款项，应当按规定采购药品、耗材等，并真实准确记录“购、销、存”等情况。

第四十四条 定点医药机构应当按规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料，及时全面准确传送职工基本医保基金使用有关数据，向医疗保障部门报告基金使用监督管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

第四十五条 经办机构应当完善职工基本医保信息系统，实行全市统一联网管理。参保职工在定点医药机构就医购药的，定点医药机构应当即时结算由个人负担的部分；定点医药机构垫付的属于统筹基金支付的费用，由定点医药机构与经办机构结算。

第四十六条 经办机构应当按规定与定点医药机构进行医疗费用结算，在总额控制的基础上，实行按疾病诊断相关分组付费、按人头付费等相结合的复合式支付方式，与定点医药机构建立谈判协商机制，合理确定基金预算金额和支付标准。经办机构

基金拨付应当与定点医药机构年度考核结果挂钩，建立科学的激励约束机制。

第四十七条 经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，负责参保登记、个人权益记录、医保关系转移接续办理、协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付、经办稽核、异地就医和医疗费用结算管理等工作，并定期向社会公开职工基本医保基金的收入、支出、结余等情况。

第四十八条 经办机构应当推进职工基本医保公共管理服务现代化治理，积极引入社会力量参与经办服务，建立共建共治共享的医保治理格局。

第四十九条 医疗保障部门应当完善医药服务价格形成机制，对医疗服务项目价格实施动态调整，建立健全药品价格监测机制，落实医保谈判药品使用政策。

第五十条 参保职工应当按规定享受职工基本医保待遇，不得重复享受。

第五十一条 参保职工去世后，其继承人或原单位工作人员等关系人应当及时到经办机构办理销户手续。对因未及时办理销户手续导致基金流失的，继承关系人应及时将多支付的基金返还经办机构。

第五十二条 参保职工应当持本人职工基本医保凭证就医、购药，并主动出示接受查验。职工有权要求定点医药机构如实出具费用单据和相关资料，有权要求经办机构提供职工基本医保咨

询服务，对基金的使用提出改进建议。

第七章 附 则

第五十三条 职工大病保险、公务员医疗补助及企业补充医疗保险制度按有关规定执行。

第五十四条 离休人员、新中国成立前参加革命工作的退休老工人发生的医疗费用按现行办法执行。

第五十五条 本规定自 2022 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2026 年 12 月 31 日。《威海市职工基本医疗保险规定》（威政发〔2008〕10 号）自本规定施行之日起废止。以往规定与本规定不一致的，以本规定为准。

